



TITLE:

学会抄録 第192回日本泌尿器科学  
会関西地方会(2005年9月3日(土), 於  
近畿大学医学部)

AUTHOR(S):

---

CITATION:

学会抄録 第192回日本泌尿器科学会関西地方会(2005年9月3日(土), 於  
近畿大学医学部). 泌尿器科紀要 2006, 52(7): 591-597

ISSUE DATE:

2006-07

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/71178>

RIGHT:

# 第192回日本泌尿器科学会関西地方会

(2005年9月3日(土), 於 近畿大学医学部)

**巨大後腹膜脂肪腫の1例：加藤大悟，齊藤 純，角田洋一，矢澤浩治，細見昌弘，佐川史郎，伊藤喜一郎** (大阪府立医療セ)，伏見博彰 (同病理)，森本芳和 (同外科)，田中雅登 (日生) 51歳，男性。健診で指摘された胸部異常陰影の精査中，CTにて左後腹膜腔に巨大な adipose tissue density mass を認め当科紹介。腫瘍は左腎を取り囲む様に存在し，脾臓，脾臓を頭側に圧排していた。造影効果は認められず，後腹膜脂肪腫と診断し，2005年4月15日後腹膜腫瘍摘出術施行。腫瘍は薄い被膜に囲まれており周囲の剥離は容易で，脾臓，脾臓との癒着は認めなかったが，腫瘍内側は腎下方前面と強固に癒着していた。摘出重量は2,520gで，黄色充実性の腫瘍であった。病理所見は成熟した脂肪細胞からなり，脂肪芽細胞の増殖はなく，核異型を認めないため脂肪腫と診断された。術後4ヵ月現在再発を認めていない。

**神経節細胞腫の1例：伊夫貴直和，木浦宏真，濱田修史，切目 茂** (済生会中津)，仙崎英人 (同病理) 32歳，男性。肝機能障害精査中に右副腎腫瘍を指摘され当科紹介。血液生化学検査では肝酵素の軽度上昇を認め，内分泌検査ではコルチゾールの軽度上昇を認めるのみであった。画像検査では，CT単純にて右腎と境界明瞭で長径約8cmの造影されない低吸収域を認めた。T1強調MRIでは，内部が比較的均一な低信号域腫瘍，T2強調MRIでは一部に高信号域を示す内部不均一の腫瘍を認めた。アドステロールシンチおよび，MIBGシンチでは異常集積を認めなかった。以上より右後腹膜腫瘍の診断にて，右後腹膜腫瘍摘出術を施行した。術中所見では，腫瘍は右腎上極に存在し，周囲との癒着を認めず，腎臓との間も容易に剥離できた。長径85mm，重量200gの腫瘍を認めた。病理組織診断の結果，神経節細胞腫であった。

**両側水腎症にて発症し診断に難渋した腹膜悪性中皮腫の1例：吉田栄宏，植村元秀，原田泰規，西村健作，三好 進** (大阪労災)，川野潔 (同臨床病理)，菅野展史 (菅野クリニック) 43歳，女性。2002年9月初旬より全身倦怠感，嘔気を認め，血液生化学検査にて血清Crの上昇を認めた。腹部超音波検査にて両側水腎症を指摘され，当科紹介受診。腎後性腎不全と診断し，逆行性腎盂造影を施行，両側下部尿管に狭窄を認めた。腹部骨盤MRIでは両側下部尿管周囲に腫瘤性病変をわずかに認めるのみであった。後腹膜線維症と診断し，ステロイド療法を施行した。3ヵ月後，腹部骨盤CTにて左腎尾側，肝外側，直腸腹側に腫瘤性病変を認めた。左腎尾側の腫瘤に対し，経皮的針生検術を施行，病理組織診断は腹膜悪性中皮腫であった。水腎症をきたした腹膜中皮腫の報告例は少なく，自験例はわれわれが検索しえた限り本邦3例目であった。

**Multilocular cystic nephroma の1例：樋口喜英，橋本貴彦，東郷容和，丸山琢雄，近藤幸幸，野島道生，山本新吾，森 義則，島 博基** (兵庫医大)，廣田誠一 (同病理) 2歳，男児。1歳時に無痛性腹部腫瘤を指摘され精査。超音波およびCTで多数の嚢胞性病変からなる径12cmの右腎腫瘤を認めた。経過観察中に腫瘤径の増大があり，2005年3月4日右腎摘除術施行。右腰部斜切開にて腹膜外的にアプローチ。手術時間は4時間46分，出血量は145ccであった。&#2218; 胞の隔壁は厚く，&#2218; 胞間の交通はなかった。最大径15cmの腫瘤の剖面では，圧排された腎組織を認めた。病理組織所見では，&#2218; 胞の内面は1層の尿管上皮様細胞で被覆されており，その他悪性所見はなく，multilocular cystic nephromaであった。Multilocular cystic nephromaは小児期の腹部腫瘤のうち比較的高頻度&#2218; 胞性病変であり，大きさや形態により画像診断が困難な場合もある。小児例について文献の考察をした。

**多発性嚢胞腎に対し両側腎動脈塞栓術を行った1例：井戸本陽子，田原秀一，安田孝志，川瀬義夫** (松下記念腎不全科)，竹内一郎，金沢元洪，納谷佳男 (同泌尿器)，中島和広 (同放射線)，村上 剛 (同麻酔) 48歳，男性。父親に多発性嚢胞腎。多発性嚢胞腎による末期腎不全にて血液透析歴9年。2004年，腫大した腎による圧迫症状(腹部膨満感，嘔吐，便秘)著明となる。ほぼ無尿である上，治療に対する本人の強い希望もあり，マイクロコイルを用いた経皮的腎動脈塞栓

術を施行。治療後，腹部症状は著明に改善し画像上も両腎の縮小を認めた。塞栓に伴う疼痛に対しては硬膜外麻酔にて良好な鎮痛効果を得られた。術後，持続血液濾過透析にて電解質および代謝性アシドーシスは管理可能であった。経皮的腎動脈塞栓術は従来の治療法より比較的低侵襲で効果を得られ，有用な治療法であると考えられた。

**Adult Rhabdoid Renal Cell Carcinoma の1例：熊本廣実，谷満，上甲正徳，林 美樹** (多根総合)，堀川直樹 (大阪回生)，柏井浩希 (柏井クリニック)，藤本清秀，平尾佳彦 (奈良医大) 56歳，男性。夜間頻尿を主訴に近医を受診し，腹部超音波検査にて左腎腫瘍を指摘され当科紹介受診した。造影MRIにて腎下極に7cm大の不均一に造影される腫瘍を認めた。cT1bN0M0の腎癌と診断し，経腹的根治的腎摘除術施行した。病理学的診断は腎細胞癌 clear cell carcinoma with rhabdoid feature G2 pT1bであった。術後補助療法としてIFN $\alpha$ -2b 600万単位 $\times$ 2回/週投与している。術後4ヵ月現在再発転移は認めない。文献的には腎細胞癌と診断される症例の3.2~4.2%にrhabdoid feature が認められ，早期に転移し予後不良である事が多いと報告されている。

**腎カルチノイドの1例：澤田篤郎，沖波 武，田上英毅，石戸谷哲，奥村和弘** (天理よろづ相談所) 61歳，女性。エコーにて偶然左腎腫瘤を指摘され，当科紹介受診。RCCが疑われたため，後腹膜鏡下左腎摘除術を施行，リンパ節転移を認めた。組織学的にカルチノイドであり，他臓器検索にて腎原発と診断した。術後7ヵ月再発を認めない。腎原発カルチノイドは稀な疾患で文献上59例，本邦では12例しか報告されていない。馬蹄腎や奇形種での発生率が高い。腹部超音波でhypoechoic，CTで造影効果が弱いものが多いが，術前診断は難しい。リンパ節転移症例でも長期生存報告例あり，郭清を含めた根治術が第一選択と思われた。

**腎周囲に進展した血管筋脂肪腫(AML)の1例：山口唯一郎，小野 豊，垣本健一，目黒則男，前田 修，木内利明，宇佐美道之** (大阪府立成人病セ) 44歳，女性。2004年11月，検診エコーにて左腎腫瘤を指摘される。他院受診し，腹部CTにて腎周囲のlow density area認められ，12月，精査加療目的にて当科紹介受診。当院での画像検査にて左腎内に径2cmの血管筋脂肪腫(AML)と思われる病変，腎周囲腔に径8cmの腫瘤を認めた。腎周囲腫瘤は脂肪成分と索状の軟部組織からなり，脂肪肉腫，epithelioid AMLなどの悪性病変を考慮に入れ，2005年1月19日，左腎摘除術，後腹膜腫瘍摘出術を施行。病理検査結果は血管筋脂肪腫であった。現在外来にて経過観察中である。

**腎動静脈奇形からの出血と鑑別を要した腎盂癌の1例：山口耕平，竹田 雅，三浦徹也，大場健史，山中和樹，中野雄造，田中一志，山田裕二，原 勲，藤澤正人** (神戸大) 71歳，女性。右AVMで過去3回腎動脈塞栓術を施行された既往がある。肉眼的血尿を主訴に当科受診。当初AVMの再発を疑ったが，MRI上右腎盂癌が強く疑われ，右腎盂尿管尿細胞診がclass Vであった事と併せ，右腎盂癌と診断し，2005年6月後腹膜鏡下右腎尿管全摘術を施行。病理組織診断はUC，pT3であった。病理学的にAVMと癌との連続性は明らかではなく，出血は癌からのものであった。AVMと腎盂尿管癌との合併の報告は比較的稀であり，自験例は，われわれが調べた限り本邦2例目の報告例である。しかしAVMと尿管管悪性腫瘍の鑑別は常に念頭に置くべき事であり，自験例のようにAVMの既往がある患者でも，血尿を認めた場合，悪性腫瘍の合併も念頭に置き，尿細胞診や各種画像検査などの精査を積極的に行う必要があると考えられた。

**腎盂に発生したムチン産生嚢胞腺腫の1例：金丸知寛，青山真人，松山昌秀，中村敬弘，鶴崎清之，川村正喜** (PL) 70歳，女性。近医にて腹部に小児頭大の腫瘤を指摘され当院受診。エコーにて左腎下極に径12cmの嚢胞性病変を認めた。造影CTにて造影効果なしも尾側に石灰化様の構造を認め，巨大傍腎盂嚢胞の疑いで嚢胞穿刺施行し黄色透明のゼリー状物質を吸引した。MRIで腹腔内臓器との連続

性は認めなかった。以上より後腹膜粘液腺腫との診断で腺腫摘除術施行。腫瘍は腎筋膜に包まれ腎と連続しており、迅速病理で悪性の可能性を否定できず左腎摘除術施行。組織は壁内面に一層のムチンを入れた胞体をもつ高円柱上皮に覆われており、腎盂発生のもチン産生囊胞腺腫と診断した。本症例は非常に稀であり、調べえた限りでは自験例を含め5例であった。

**腎囊胞腎盂内破裂の1例**：仲島義治，山崎俊成，岩村博史，白波瀬敏明，橋村孝幸（姫路医療セ） 66歳，女性。2005年2月5日右側腹部痛出現。翌日前医受診し，CT上右腎内出血指摘され同日当科紹介受診。受診時血尿，膿尿は認めなかったが，2日後より肉眼的血尿が出現，持続した。右腎盂から採取した尿の細胞診はclass IIIであった。CT，MRI，逆行性尿路造影より出血の原因として腎杯憩室腫瘍を考え，同年3月17日右腎尿管摘除術施行した。病理の結果悪性所見は認めず，嚢胞性病変の上皮は単層立方上皮であり，最終診断は腎囊胞の自然破裂であった。腎囊胞の自然破裂は比較的稀な病態であり，調べえた限りでは本邦39例目であった。しばしば診断に苦慮することがあり，治療は原則として低侵襲治療が望ましいが，悪性腫瘍との鑑別が困難な場合は腎摘除術を考慮すべきと考える。

**腎盂自然破裂をきたした無機能腎の1例**：長船 崇，福井勝一，小倉啓司（大津赤十字） 72歳，女性。28年前子宮全摘除術施行後。2001年近区にて左水腎症を指摘され当科初診。尿管鏡検査にて左下部尿管に完全閉塞を認め，レノグラムにて左無機能腎と診断。2005年1月26日左下腹部痛出現し当科受診。腹部CTにて左腎周囲に液体貯留を認め，腎外尿漏れとの診断で同日入院。保存的加療中腎周囲の尿貯留増悪し，腎盂自然破裂と診断。2月28日後腹膜鏡下左腎摘除術施行。納谷らは本邦における腎盂自然破裂の原因疾患を集計報告しており，尿路結石が51.3%，尿路外腫瘍が15.6%，尿路生殖器系悪性腫瘍が9.5%，尿路閉塞性疾患が9.5%，不明14.1%となっている。本症例では子宮全摘除術，放射線療法施行後による尿路閉塞による腎盂自然破裂と考えられるが，無機能腎と診断されたのちに自然破裂をきたした報告はわれわれが検索しえた限りでは認められなかった。

**妊娠中に発生した自然腎盂外溢流によるユリノーマの1例**：中西道政，松田久雄，加藤良成，井口正典（市立貝塚），森 康範，花井禎（近畿大） 27歳，妊娠21週，初産婦。2004年12月31日右痛発作出現し当院産婦人科受診。エコー上両側水腎症が認められ入院の上，保存的治療受けるも改善せず2005年1月5日当科紹介受診。エコー，MRIにて右腎周囲のユリノーマを認め透視下にてD-Jカテーテルを留置した。留置後ユリノーマは消失するも膀胱刺激症状強いため，留置19日後にカテーテルを抜去した。その後エコーで両側水腎症を認めるもののユリノーマの再発なく，妊娠39週に経膈分娩となった。妊娠子宮の圧迫による尿路通過障害での腎盂外溢流の本邦報告例は5例目と非常に稀であるが，軽症の腎盂外溢流では妊娠中の診断方法の制限もあり，尿管結石による痛発作と診断されている症例もあると考えられた。

**サンゴ状結石に合併した腸腰筋膿瘍の1例**：山田 篤，辻本賀洋，山本広明，清水一宏，影林頼明，三馬省二（県立奈良） 79歳，女性。主訴は発熱，右腰部痛。近医でCTにより右腎サンゴ状結石ならびに右腸腰筋膿瘍と診断された。開放ドレナージにより一旦改善したが，再発のため紹介された。腸腰筋膿瘍に対して，US下経皮的ドレナージを行い，全身状態の改善を待って腎摘出術を施行した。術後は問題なく経過し，38日目に退院した。腸腰筋膿瘍は，感染巣不明の原発性と近接臓器からの炎症の波及による続発性に分類される。続発性腸腰筋膿瘍の大多数は消化管疾患によるもので，泌尿器疾患は稀である。本症例は，サンゴ状結石による腎膿瘍から続発した腸腰筋膿瘍と考えられた。前医におけるドレナージにより症状は軽快したが再発した。原因疾患の適切な治療が必要である。

**D-Jカテーテル抜去に苦慮したシスチン結石の1症例**：杉本公一，能勢和宏，永井信夫（耳原総合），森本康裕（泉大津），柳宮田正志（京北藤井） 21歳，男性。4歳時にシスチン尿症の診断を受けている。2004年6月5日，37.5度の発熱を認め近医受診となった。KUB上，右L3に直径12×8mm大の結石と，左L4に直径4×4mm大の結石を認めた。腎臓超音波検査では右水腎症を認め，右複雑性腎盂腎炎の診断下にD-J尿管カテーテルを留置した。その後，両側尿管結

石に対しESWL施行し碎石状態は良好であった。約2カ月後D-J尿管カテーテルの抜去を試みたが抜去困難とのことで当院紹介受診となった。腹部CTにて右腎盂尿管移行部のD-J尿管カテーテル周囲に結石形成を認めた。これに対しESWL施行後，D-J尿管カテーテルを抜去した。

**Cushing症候群を合併したコルチコステロン産生副腎腫瘍の1例**：吉川和朗，倉本朋未，森 喬史，西畑雅也，稲垣 武，萩野恵三，上門康成，新家俊明（和歌山医大），岩井 哲（公立那賀） 症例は69歳，女性。近医で低K血症指摘され，腹部CTで右副腎腫瘍がみられ2004年9月21日当院受診。高血圧，全身性肥満あったが，Cushing症候群の特徴的所見を欠いていた。コルチゾール基礎値は正常で日内変動は消失，デキサメサゾン抑制試験で抑制不十分。レニン低値，アルドステロン正常で，レニン刺激試験は低反応。血中コルチコステロンは12.9 ng/ml（0.21～8.48）と高値。131I-アドステロールシンチで右副腎部に高集積みられた。2005年2月10日腹腔鏡下右副腎腫瘍摘出術施行。腫瘍は組織学的に腺腫であった。本症例はコルチコステロン産生腫瘍にPreclinical Cushing症候群を合併した稀な症例であった。

**右腎癌術後20年目に肺転移を来した1例**：兼子美帆，田原秀男，石井徳味，植村天受（近畿大） 70歳，男性。50歳時に当院にて右腎癌に対し右腎摘除術施行し病理組織検査でRCC，clear cell type，G1，INFα，pT2N0M0であった。他院での数年間の経過観察中に再発は認められなかったが，腎摘後20年目に健診にて右胸部異常陰影を指摘された。肺癌疑いで他院にて右肺中下葉切除術施行し病理組織検査で腎癌の転移と診断され，当院入院の上追加治療を行った。われわれが調べた限りでは，腎摘後再発を認めず20年以上経過して肺転移を認めたのは本症例が5例目であった。腎癌術後から肺転移発現までの期間は5年以内に多いとされている。しかし，本症例のように20年後の再発例もあることから術後最低10年間の経過観察とそれ以降の健診などによる定期検査が必要であると思われる。

**膀胱全摘術・回腸新膀胱造設術（Studer法）後に上部尿路再発・尿道再発を来した浸潤性膀胱癌の1例**：吉田健志，西澤恒二，井上高光，澤崎晴武，神波大己，吉村耕治，高橋 毅，清川岳彦，中村英二郎，西山博之，伊藤哲之，賀本敏行，小川 修（京都大） 73歳，男性。1999年7月，浸潤性膀胱癌に対し膀胱全摘除，回腸新膀胱造設術（Studer法）施行。術後，39カ月目に尿道腫瘍，両側上部尿路CISを認め，TURおよびBCG腎盂内注入療法を施行した。以降，尿細胞診は陰性となった。術後，68カ月目，再び尿細胞診陽性となった。2度目の再発であり，浸潤様所見を認めたため，新膀胱尿道摘除術施行（TCC，pT2，G3），尿路変向はStuder型新膀胱の輸入脚を用いた回腸導管造設を行った。術後，尿細胞診陰性となり，現時点で合併症はなく，リンパ節転移，遠隔転移も認めていない。

**排尿困難を契機に診断された胃癌膀胱転移・皮膚転移の1例**：桑原伸介，南 英利，上水流雅人，池本慎一（八尾市立） 患者は64歳，男性。排尿困難，陰囊部痛を主訴に2005年1月5日に当科受診。下腹部から陰囊部の皮膚は硬化し，CT・MRIでは膀胱壁は全周性に肥厚していたが明らかな腫瘍性病変は認めなかった。尿潜血はなく，尿細胞診は陰性であった。2005年1月14日に陰茎部皮膚生検・膀胱生検を施行。転移性腺癌と診断され，免疫組織化学染色からは原発巣として胃癌が最も疑われた。2005年2月14日に胃カメラを施行し幽門輪の肥厚部を生検した結果，印環細胞癌を認めた。多発性転移を有する胃癌の診断で，2005年2月18日からTS-1/CDDPによる化学療法を開始したが，癌性腹膜炎のため2005年6月7日に死亡した。

**化学療法が著効した前立腺小細胞癌の1例**：山崎健史，上川禎則，井口太郎，浅井利大，石井啓一，金 卓，坂本 亘，杉本俊門（大阪市総合セ） 74歳，男性。2004年7月近医にてPSA高値のため前立腺生検施行，低分化型腺癌の診断で前立腺全摘出目的にて当科紹介。術前精査中に膀胱タンポナーデとなり，症状改善目的にてTUR-P施行。TUR切片の病理診断はcarcinosarcomaであった。画像上腫瘍の増大，リンパ節の腫大認めため，膀胱前立腺全摘出術および回腸導管造設術施行。最終病理診断は前立腺原発小細胞癌であった。術後補助治療として放射線治療のみ施行した。しかし2005年1月に下肢の腫脹，腫瘍マーカーのNSE上昇認めた。CTでも骨盤部リンパ節



転移を認めた。肺小細胞癌の治療法である IP 療法（イリノテカン、シスプラチン）による化学療法を施行した。4 コース終了時点で画像上リンパ節は著明に縮小し、腫瘍マーカーも正常化し、退院となる。その後半年間再発は認めていない。

**十二指腸転移を認めた再燃前立腺癌の 1 例：山田恭弘，沖原宏治，藤井秀岳，大石正勝，内藤泰行，中村晃和，水谷陽一，三木恒治（京都医大），山下資樹，奥野 博（京都医療セ）** 77歳，男性。頻尿のため近医受診，PSA＝8.5 ng/ml と高値を示し前立腺生検施行。両葉より低分化型腺癌（Gleason score＝5＋5）を認める。多発性骨転移を認める臨床病期 D2 の診断後 MAB 療法を開始，6 カ月後 PSA＝0.3 ng/ml まで減少するも，持続する血尿，膿尿を認め京都医療センター紹介受診，前立腺癌の膀胱浸潤を認めた。同時期，便潜血陽性のため消化管内視鏡施行。十二指腸に多発する隆起性病変を認め生検施行，前立腺癌の十二指腸転移と診断。また同時期に胸部 CT にて多発性肺転移の出現を認めた。以上より多発性骨転移，多発性肺転移，十二指腸転移，膀胱浸潤を認める臨床病期 D3 の診断にて化学療法目的で当科紹介。パクリタキセル，ドセタキセルによる化学療法行うも，いずれも効果なく多発性肺転移の急速な増悪を認め，診断11カ月後癌死の転帰をたどった。

**Klippel-Trenaunay-Weber 症候群に伴う尿道血管腫に対して経尿道的硬化薬注入療法を施行した 1 例：寺田直樹，新垣隆一郎，岡田能幸，北原光輝，金子嘉志，西村一男（大阪赤十字）** 24歳，男性。3 歳時より Klippel-Trenaunay-Weber 症候群と診断され，痔核根治術，下肢血管腫除去術などを施行されていた。2005 年 4 月13日，外科にて左下肢血管腫除去術を施行。翌日尿道カテーテルを抜き，4 月18日より血尿が出現したため当科紹介受診。膀胱鏡検査にて，前部尿道の出血と診断した。尿道カテーテル留置し保存的に経過観察を行うも，出血は消失せず，5 月18日経尿道的止血術を施行した。焼灼端子による凝固のみでは十分な止血が得られず，硬化薬注入療法を施行した。バリクサー食道静脈瘤穿刺針を用い，造影剤を混ぜたオルガミンを 1 回 0.5 ml 注入した。出血は減少し，5 月24日退院となる。3 カ月後，時に少量の出血を認めるが，経過観察中である。

**対側留精巣と同側腎無形成を伴った中腎管遺残症の 1 例：井上貴昭，日浦義仁，川喜多繁誠，六車光英，木下秀文，松田公志（関西医大）** 30歳，男性。主訴は挙児希望。既往歴に右停留精巣術後，右単腎症。両側精巣は陰嚢内に触知し，右が軽度萎縮（右 ml，左 ml）。精液検査：精液量 ml，無精子症。内分泌検査，尿検査に異常なし，左精巣生検で成熟精子形成を認め閉塞性無精子症と診断。DIP で左腎は造影されず。MRI で左精嚢を認めず，左精管精嚢形成不全を疑い，左精管と右精管の交叉性吻合術を予定した。術中精管精嚢造影で，右精管は鼠径部で閉塞，交叉性吻合は施行できず。左精管は精管膨大部から中腎管遺残に開口，中腎管遺残から頭側に左尿管遺残が造影された。膀胱鏡で中腎管遺残は膀胱頸部 5 時に開口。本症例は，発生学的に尿管芽発生部位と中腎管の vas precursor zone との位置関係の異常が原因で，中腎管遺残症と考える。

**脾摘を施行せず生着しえた ABO 血液型不適合腎移植の 1 例：今村亮一，石黒 伸，難波行臣，市丸直嗣，高原史郎，奥山明彦（大阪大），吉田栄宏（大阪労災）** 24歳，男性。血液型は O 型陽性。先天性肝線維症およびそれに伴う門脈圧亢進症，splenorenal shunt，食道静脈瘤を認める。1994 年肉眼的血尿を認め近医受診。腎生検にてメサンギウム増殖性糸球体腎炎と診断された。その後腎機能が増悪し，2003 年 6 月血液透析開始。2005 年 1 月，B 型陽性の父を提供者として血液型不適合生体腎移植を施行した。通常血液型不適合腎移植の場合脾臓摘除が必須であるが，摘出時の splenorenal shunt の切離によるさらなる門脈圧亢進，食道静脈瘤の悪化が予測され，その代替療法として抗 CD20 モノクローナル抗体（rituximab）およびグロブリン大量投与を施行した。血清クレアチニン値は正常値であり，術後経過は良好である。

**抗 CD20 抗体を用いて脾臓摘出を回避した ABO 血液型不適合腎移植の 1 例：永野哲郎，奥田康登，山本智将，西岡 伯，秋山隆弘（近畿大堺）** 41歳，男性。1996 年より慢性腎不全にて透析導入。今回兄をドナーとした B 型から O 型への ABO 血液型不適合腎移植希望にて受診。患者本人の強い希望により脾臓温存の方針。そのため移植

1 カ月前よりメチルプレドニゾロン（8 mg/日），ミコフェノール酸モフェチル（1 g/日）を投与し，抗 CD20 抗体 500 mg を移植14日前と移植 2 日前に投与した。移植前の抗 B 抗体価は IgM 8 倍，IgG 32 倍で，軽度の拒絶反応を術後 5 日目に生じたが，ステロイドパルス療法で寛解し，現在移植腎機能は血清クレアチニン値 1.3 mg/dl と良好である。また末梢 B 細胞は抗 CD20 抗体投与翌日から 1 % とほぼ完全に消失している。一過性に白血球減少を生じたが，日和見感染症は生じていない。

**塩酸オキシブチニン投与後尿閉となり昏睡状態となった高アンモニア血症の 1 例：小林康浩，奥田喜啓（市立加西）** 64歳，女性。慢性膀胱炎の診断下に近医内科より塩酸オキシブチニンを処方された 5 日後に意識障害が出現し当院に緊急入院となった。搬送時には JCS-200 の昏睡状態であったが，vital sign は安定していた。頭部 CT，腹部 CT 上は異常を認めず，血中アンモニア値が 292  $\mu$ g/dl と高値であった。バルーンカテーテルを留置したところ，800 ml の膿尿の流出を認め，尿閉状態であった。バルーンカテーテル留置後は次第に意識障害は改善し，翌朝には意識障害は認めず，血中アンモニア値も 32  $\mu$ g/dl に低下した。膀胱造影，膀胱内圧測定などにより神経因性膀胱を認めた。安易に塩酸オキシブチニンを処方したため尿閉となり，urease 産生菌感染に伴う尿素分解によってアンモニアが産生され意識障害に至ったものと診断した。

**ヨード系造影剤ショックの 1 例：松本 稔，横山昌平，福原慎一郎，今津哲央，原 恒男，山口誓司（市立池田）** 76歳，男性。前立腺癌に対して内分泌療法中であり，1 年ぶりの定期検査として腹部造影 CT を行ったところ，直後にショック状態となった。速やかに心肺蘇生，呼吸循環管理を行った。2 日後に正常に復した。

**フィラリア症による乳び尿に対し腹腔鏡下リンパ管遮断術を施行した 1 例：曾我英雄，天野利彦，松下 経，八尾昭久，下垣博義，川端岳（関西労災）** 64歳，男性。血塊を伴う血尿および排尿困難にて当院泌尿器科受診。鹿児島県出身，膀胱鏡検査にて黄白色の球形物を認めたことおよび左逆行性腎盂造影によるリンパ管への造影剤流入所見より左腎盂からの乳び尿と診断した。根治治療目的にて入院，腹腔鏡下左腎門部リンパ管遮断術を施行した。体位は右側臥位，トロカールポートは 3 カ所にて施行。下行結腸外縁にて壁側腹膜切開，腎基部まで腎周囲筋膜前葉に沿って剥離した。腎血管系に沿うリンパ管は超音波駆動メスにて切断，骨盤腔から腎門部に流入するリンパ管はクリッピング後，切断した。腎被膜に沿って腎周囲を剥離した後，腎実質自体を腸腰筋に固定し手術を終了した。術後10カ月を経て再発を認めていない。

**再発を繰り返す乳糜尿の 1 例：岩村浩志，大西裕之（奈良社保）** 77歳，男性。家族内にフィラリア症，および乳糜尿。1997 年に白濁尿で受診。検尿，膀胱鏡所見よりフィラリア症による乳糜尿と診断し，0.1 % の硝酸銀の左腎盂内注入を施行し，一旦軽快した。2003 年より再び乳糜尿が出現した。検尿にて脂肪球を多数認めた。膀胱鏡にて左尿管口より乳糜尿の噴出を認めた。逆行性腎盂造影では両側腎盂より造影剤のリンパ管への逆流は何れも認められなかった。リンパ管造影は行わなかった。0.1 % の硝酸銀の左腎盂内注入を開始した，低蛋白血症および下肢の浮腫が出現するも，乳糜尿の消失の伴い改善した。2004 年にも乳糜尿が出現したため，再び硝酸銀の左腎盂内注入にて乳糜尿が改善した。2005 年 8 月現在乳糜尿は出現していない。

**当院における淋菌性尿道炎の検討：石川泰章（石川泌尿器科）**  
[目的] 淋菌性尿道炎について治療成績など臨床的検討を行った。[対象] 当院で淋菌性尿道炎と診断した2002年111例，2003年105例，2004年103例について検討した。[結果] 各年度で当院を受診した全 STD 症例の 1/4 を占めており，平均年齢は32.4歳であった。感染源は性産業従事者が約 7 割であり，口腔性交のみでの感染が全体の半数近くを占めていた。クラミジア感染症の合併は約 1/4 であった。前治療のあった薬剤耐性淋菌は20例であった。治療方法は SPCM 2 g，単回投与および DOXY 200 mg/日，7 日間内服または AZM 1 g，単回内服とした。未再診症例をのぞき全例で有効であった。[考察] 治療の中断など淋菌性尿道炎では単回投与療法が望ましい。しかし，保険医療の制限から治療薬選択が困難である。クラミジア感染症の合併も多く，単回投与療法の保険適応が望まれる。



**陰莖折症の1例**：細川幸成，松下千枝，岸野辰樹，小野隆征，大山信雄，百瀬 均（星ヶ丘厚生年金） 28歳，男性。早朝の勃起時，陰莖を上より圧迫すると，ポキッと音がして暗赤色に変色腫脹。翌日になっても軽減しないため，当院受診。陰莖折症の診断で手術を強く勧めたが，拒否。勃起力の低下，陰莖変形などの合併症も十分説明したが，納得されず保存療法を行った。皮下血腫，陰莖腫脹は軽快したものの，1週間後に勃起と同時に増大する腫瘤が出現。海綿体との間に瘻孔をもつ腫瘤と考え，腫瘤切除術施行。腫瘤を摘除すると白膜に約1cmの断裂を認めたため修復を行った。術後，2週間目には通常に性交渉を行っており，勃起力低下，陰莖変形なども認めていない。

**自傷行為による陰莖切断の1例**：益田良賢，吉田哲也（宇治徳洲会），牛田 博（滋賀医大） 50歳，男性。20歳頃より鬱病のため精神科に通院していた。2005年1月27日包丁にて陰莖を自己切断し，当院救急搬送。陰莖皮膚は根部より切断され陰囊皮膚も欠損していた。陰莖海綿体はほとんど残存していなかった。搬送時は錯乱状態で家族からも陰莖再吻合の同意を得られず，同日，断端形成・止血・縫合術を施行。後日会陰部に新尿道口を造設した。陰莖自己切断は，その大半が精神科疾患を有するとされる。陰莖海綿体については虚血に対し耐用性があり，治療は陰莖再吻合が原則とされる。近年，マイクロサージャリーを用いた陰莖背動静脈再建により良好な成績が報告されている。しかし，自験例のごとく患者背景には精神科疾患を有する症例が多くその適応については十分な検討が必要である。

**両側異時性精巣腫瘍の1例**：野瀬隆一郎，大岡均至（神戸医療セ） 56歳，男性。2004年2月頃より左陰嚢部腫大を自覚し同年3月当科を受診された。採血データ上，LDHの軽度上昇を認めた。左精巣腫瘍の診断にて，同年4月左高位精巣摘除術を施行された。病理結果はseminoma, pT1であり，胸腹部CTにて転移巣を認めず，経過観察されていたが，2005年5月右陰嚢部腫大を認め，同年6月右高位精巣摘除術を施行された。病理結果は当初，seminoma, pT1の診断であったが，免疫染色を追加され，malignant lymphoma, non-Hodgkin diffuse large B cell lymphomaに訂正された。ならびに左精巣腫瘍についても同様の診断に訂正された。術後の胸腹部CTでは明らかな転移巣を認めず，現在，再発予防目的にて術後補助療法として全身化学療法を施行されている。

**会陰部原発と考えられた性腺外 Seminoma の1例**：細野智子，鞍作克之，仁田有次郎，杉村一誠，仲谷達也（大阪市大） 34歳，男性。2004年6月会陰部の無痛性腫瘤を自覚し他院外科にて切除。病理検査にて低分化腺癌を疑われ当院皮膚科紹介。9月局所再発し皮膚科入院となった。全身検索を行うも，甲状腺に良性の腫瘤を認めるのみであり，会陰部原発悪性腫瘍の診断にて，同年11月腫瘍切除・筋皮弁形成術・甲状腺腫瘍切除術を行った。病理検査では，N/C比の高い類円形の腫瘍細胞が充実性に増殖しており，特殊免疫染色でplacental alkaline phosphataseが陽性，AFP染色，HCG染色は陰性のためseminomaと診断した。また甲状腺腫瘍はadenomaであった。精巣エコー・MRIともに異常を認めず，性腺外seminomaと診断，BEP 2コースを施行，術後9カ月現在再発を認めていない。

**精巣上体腫瘍にて発見された悪性リンパ腫の1例**：谷口久哲，田中朋子，佐藤 尚，芦田 眞（野江），杉山裕之（同内科），松田公志（関西医大） 40歳，男性。2005年3月左陰嚢腫大を主訴に初診。左精巣上体頭部に無痛性，弾性硬，母指頭大の腫瘤を認めた。初診から12日後，手術目的に入院。入院時腫瘤は精索にかけて増大，左腸骨から傍大動脈リンパ節の腫脹を認めた。左高位精巣摘除術施行。病理診断は悪性リンパ腫（diffuse large cell type B cell type）であった。術後化学療法（R-CHOP）施行。5カ月経過し完全寛解を得ている。精巣上体腫瘍にて発見された悪性リンパ腫は本邦11例目。比較的高齢者に多く左右差なく，病理はびまん性大細胞型が多かった。

**精巣腫瘍化学療法後に急性骨髄性白血病を発症した1例**：山本雅一，寒野 徹，種田倫之，金丸洋史（北野） 30歳，男性。家族歴，既往歴に特記すべき事項なし。主訴は左無痛性陰嚢腫大。前記症状で当科受診し，左陰嚢に超鶏卵大の硬結を認め左精巣腫瘍の診断のもと左高位精巣摘除術施行。病理結果はセミノーマ＋奇形腫であった。腹部CTで左腎門部に5cm大のリンパ節腫脹を認めstage IIBと診断。VP-16を含む化学療法4コース施行。2年7カ月後，外来血液検査

で異常を認め，骨髓穿刺で急性骨髄性白血病と診断された。骨髓染色体；45, X, -Y, t (8; 21) (q22; q22)と染色体異常を認めた。寛解導入療法および地固め療法4コース施行後4年経過するも白血病の再発を認めていない。また精巣腫瘍の再発も認めていない。抗癌剤による二次性白血病はアルキル化剤によるものとトポイソメラーゼⅡ阻害剤であるVP-16によるものがよく報告されており，今回は後者によるものと思われた。

**急性陰嚢症を契機に発見された精細管内胚細胞腫瘍の1例**：三宅牧人，鳥本一匡，松下千枝，田中雅博，米田龍生，藤本清秀，平尾佳彦（奈良医大） 27歳，男性。22歳時に左精巣捻転疑われたが，自然軽快した。今回，左下腹部，左陰嚢痛を主訴に当院救急科受診し，急性陰嚢症にて当科紹介された。陰嚢超音波では左精巣周囲にfluid貯留を認め，また内部エコーは不均一であった。精巣捻転も否定しえなかったため緊急手術を施行したが，虚血性変化を認めず精巣生検のみを施行した。病理診断は精細管内悪性胚細胞（ITMGC）で，後日，高位精巣摘除術を施行した。現在，対側精巣の腫瘍発生につき外来で経過観察中である。ITMGCは不妊男子精巣，停留精巣，精巣腫瘍患者の対側精巣などに多く認め，精巣腫瘍の前病変とされている。早期発見・早期治療のため，高リスク群に対する積極的な精巣生検が重要であると考えられる。

**精巣白膜嚢胞の1例**：石田博万，白石 匠，大西 彰，牛嶋 壮，邵 仁哲，野本剛史，米田公彦，河内明宏，三木恒治（京府医大），伊藤英晃（いとうクリニック） 35歳，男性。右陰嚢内の腫瘤を自覚し前医受診し，精査加療目的で当科紹介受診となった。触診上，右陰嚢内に表面平滑な小指頭大の硬結を数個認めた以外に特記すべき異常所見を認めなかった。陰嚢エコーにて右陰嚢内に白膜と連続するように，境界明瞭，内部均一で無エコーを示す，多房性嚢胞状腫瘤を認めたが，精巣実質には明らかな異常は認められなかった。精巣腫瘍の腫瘍マーカーであるLDH，AFP，HCGは，いずれも異常を認めなかった。多房性嚢胞であり，かつ増大傾向を認め，精巣腫瘍を否定しきれなかったため，患者の希望もあり，右高位精巣摘除術を施行した。病理組織所見はcyst of the tunica albugineaであった。

**腹腔鏡下に膀胱ヘルニア修復を行った1例**：徳地 弘，高尾典恭，七里泰正（大津市民） 77歳，男性。2001年6月にメッシュプラグ法にて左鼠径ヘルニア根治術施行。手術後約1年で尿貯留時の左陰嚢上部腫脹と排尿障害を認めるようになり，2005年2月14日当科受診。CT，DIP，MRIで膀胱の左鼠径部からの滑脱を認めた。腹腔鏡にて2005年6月5日膀胱ヘルニア根治術施行。腹腔内より膀胱前腔に入り，前回ヘルニア手術時のプラグ付きメッシュ内側より，左鼠径部皮下に膀胱の一部が角状に滑脱しているのが観察された。膀胱は周囲組織との癒着を剥離し骨盤腔に還納しえた。滑脱孔を4×5cmのブクリン・メッシュを恥骨結合骨膜，腹横筋腱膜，Cooper 靱帯に固定し閉鎖した。術後，左鼠径部腫脹と頻尿，排尿障害は改善した。IPSSは，19点から，8点となり，特に頻尿（2点），尿線途絶（1点），切迫感（3点）は術後0点となった。

**豊岡市における前立腺癌検診～3年目～**：柴崎 昇，吉川武志，辻裕，瀧 洋二，竹内秀雄（公立豊岡） [目的] 豊岡市において2004年度まで3年間の前立腺癌検診について検討した。[方法] 市内在住の50歳以上の男性のうち希望者に対して，PSA測定（Tandem-R法）単独により施行し，50～64歳では3.1 ng/ml，65～69歳では3.6 ng/ml，70歳以上では4.1 ng/ml以上の場合を要精査とした。[結果] 2002年度は734名受診，要精査56名，前立腺癌25名（癌検出率3.41%）。2003年度は872名受診，要精査47名，前立腺癌13名（1.49%）。2004年度は947名受診，要精査55名，前立腺癌8名（0.84%）。[考察] 再受診者の増加，2次検診未受診者の増加に伴い，癌検出率の低下が見られた。未受診者への働きかけを行うとともに，効率的かつ有効に検診を行っていくことが必要と思われる。

**経会陰式エコーガイド下前立腺生検術の麻酔管理**：二川晃一，白井達，岩崎英二，杉浦順子，諏訪一郎，奥田隆彦（近畿奈良麻酔），古賀義久（近畿大麻酔），宮崎隆夫，梅川 徹，上島成也，国方聖司（近畿大奈良） [目的] 経会陰式エコーガイド下前立腺生検術の麻酔方法について検討した。[方法] 経会陰式エコーガイド下前立腺生検術症例をプロポフォール＋ケタミンの静脈麻酔群（Ⅳ群：43名）と脊

髄くも膜下麻酔群 (Spi 群: 32名) に分け、術中・術後経過、所要時間について評価した。【結果】IV 群, Spi 群とも肛門括約筋の弛緩、体動の抑制が十分で、覚醒は速やかであった。IV 群では穿刺部痛, Spi 群ではしびれ感や嘔気を認めた。IV 群では入室時間～手術開始時間が短縮し、手術室滞在時間の短縮につながった。【結語】経会陰式エコーガイド下前立腺生検術に対するプロポフォールとケタミンの静脈麻酔法は有用な方法である。

**UFT と fosfestrol 併用が著効した CEA 産生内分泌療法不応性前立腺癌の 1 例:** 北村 健, 橋本 立, 赤尾利弥, 西村昌則 (音羽) 56歳, 男性。右大腿部痛が主訴。いくつかの整形外科を 6 カ月以上受診するも確定診断にいたらず、当院に右骨盤骨腫瘍にて生検目的にて入院, 泌尿器科に紹介される。初診時点で右股関節運動障害強く車椅子移動。直腸診にて石様の著名に変形した前立腺を触知し針生検にて Gleason score 4+5 の前立腺癌と診断, 骨シンチにて多発骨転移認め, stage D2 と診断。初診時 PSA=約 90 ng/ml. CEA も 16.2 ng/ml と高値であり, CEA 染色も陽性。MAB 療法開始後約 10 カ月で治療不応性に転じたが, UFT 400 g + fosfestrol 100 mg/day 投与で約 2 年間 PSA は基準値以下である。その間特に有害事象もまったく認めず, 元気で満足した社会生活を営んでいる。UFT と他の薬剤との併用は HRPC への治療に近年有効との報告が多いが今症例のように著効する事は比較的稀と思われた。

**経尿道的前立腺切除術後に Enterobacter cloacae による化膿性脊椎炎を来した 1 例:** 波多野浩士, 佐藤元孝, 辻本裕一, 高田 剛, 本多正人, 松宮清美, 藤岡秀樹 (大阪警察), 水谷 哲 (同感染管理セ) 79歳, 男性。2003年 9 月 1 日 TUR-P を施行。術後 7 日目に尿道留置カテーテル抜去後発熱を認め, 尿, 血液培養より Enterobacter cloacae, MRSA が検出され, 抗生剤点滴治療を行った。術後 9 日目より腰痛が出現。抗生剤点滴を 2 週間で内服に切り替えたところ腰痛は悪化した。Ga シンチ, MRI にて腰椎 L4-5 の化膿性脊椎炎と診断, 椎間板穿刺細菌培養にて Enterobacter cloacae が検出された。6 週間抗生剤点滴治療, 3 週間内服治療の長期加療により腰痛は軽減し, リハビリの結果, 歩行可能となった。術後 24 カ月が経過した現在, 感染の再発を認めない。

**尿道悪性黒色腫の 1 例:** 山本 豊, 橋本 潔, 江左篤宣 (NTT 大阪) 症例は 74 歳, 女性。主訴は不正性器出血。2003 年 10 月より性器出血が出現, 近医産婦人科を受診。外尿道口背側に約 2 cm 大の黒色結節が認められたため組織生検を施行。結果, 悪性黒色腫が疑われ, これの精査, 加療目的にて当院紹介となった。2004 年 1 月, 当院にて組織確認のため, 再度腰椎麻酔下に尿道組織生検施行, 結果病理診断は悪性黒色腫であった。画像上明らかな遠隔転移を示す所見もなく clinicalN0M0 と診断。同年 2 月全身麻酔下に尿道全摘出術, 膣前壁切除術, 骨盤内リンパ節郭清, 膀胱瘻造設術を施行。病理診断は T4N0, stage II B と診断された。2004 年 2 月より皮膚科共観にて術後補助療法として DAV-feron 療法を 2 クール施行。しかし同年 5 月, 膣後壁に再発が認められたが追加治療は希望せず, 外来にて経過観察となり, 2004 年 11 月, 術後 11 カ月目に多発性肺転移による呼吸不全にて死亡した。

**傍尿道膿瘍の 1 例:** 千葉公嗣, 八尾昭久, 田中宏和 (県立加古川), 安田大成 (同病理) 63 歳, 男性。既往歴に S 状結腸癌の手術歴あり。陰茎をゴムで縛って性交した後, 排尿困難と陰茎根部腹側の腫瘍が出現し受診。発熱は認めず。陰茎根部腹側正中に小指頭大, 弾性硬で圧痛のない腫瘍を触知した。膿尿は認めず, WBC 10,900/mm<sup>3</sup>, CRP 0.53 mg/dl, CEA 7.9 ng/ml であった。エコーでは内部が low echoic な壁肥厚を伴う 11.7×8.7 mm の腫瘍を尿道腹側に認めた。UCG では腫瘍と尿道の交通は認めず, 尿道鏡で尿道粘膜面は正常であった。MRI では内部が T1 で low intensity, T2 で high intensity, 周囲が T1, T2 で iso intensity な腫瘍を認めた。一週間の経過観察で腫瘍は 23.9×17.6 mm に増大し, 転移性腫瘍の可能性も否定できず, 手術を施行した。腫瘍は膿瘍状であり, 内容液の培養結果は Streptococcus pneumoniae であった。膿瘍壁切除と抗菌薬投与で軽快し, 再発を認めない。

**排尿障害を主訴に発見された膀胱後部腫瘍の 1 例:** 上島成也, 宮崎隆夫, 梅川 徹, 国方聖司 (近畿大奈良), 太田善夫 (同病理), 西岡

伯 (近畿大堺), 紺屋英児 (紺屋泌尿器科) 61 歳, 男性。主訴は腹痛・排尿障害。以前より左腎の欠損を指摘されていた。内科にて CT を施行し, 骨盤内腫瘍を疑われ, 紹介された。MRI, エコー検査にて, 高粘調度の液体成分もしくは固形成分を含んだ膀胱後部腫瘍と診断し, 前立腺精囊を含めた腫瘍摘出術を行った。腫瘍は厚い筋繊維で覆われ, 内容は精子を含んだ粘液であり, 精囊精管と連続していた。以上より, 同側無形成腎を伴った先天性精囊嚢胞と診断した。本疾患は胎生 4 週頃に尿管芽の発生異常が起こり, 尿管が精囊に異所開口する場合に発生し, 約 80% に同側腎の発生異常を合併する。下部尿路症状を伴う原因不明の片側無形成腎を認めた際には本疾患を念頭に置くべきである。

**膀胱マラコブラキアの 1 例:** 吉川武志, 柴崎 昇, 辻 裕, 瀧洋二, 竹内秀雄 (公立豊岡) 69 歳, 女性。血尿および貧血を主訴に当科受診。膀胱鏡にて三角部に広基性な隆起性腫瘍を認め, TUR-Bt 施行。病理診断にて膀胱マラコブラキアと診断した。文献的考察を加え, 報告する。

**鼠径ヘルニア術後に発生した膀胱周囲肉芽腫の 1 例:** 寺川智章, 常森寛行, 田口 功, 今西 治, 山中 望 (神鋼), 伊藤利江子, 近藤武史 (同病理) 88 歳, 男性。3 年前に右鼠径ヘルニア根治術施行。夜間頻尿を主訴に 2005 年 2 月当科受診。膿尿が継続するため施行した膀胱鏡で膀胱右前壁に隆起性病変を認めた。CT, MRI で右鼠径部から膀胱前壁にかけて腫瘍を認めた。以上から, 鼠径ヘルニア術後の膀胱周囲肉芽腫と診断し, 同年 4 月腫瘍切除術および膀胱部分切除術を施行した。鼠径ヘルニア手術痕直下に, 膀胱と強固に癒着する肉芽組織を認めた。組織は前回の手術に使用したと考えられるメッシュを中心に形成されていた。病理組織学的に腫瘍は炎症性肉芽腫であった。術後, 膿尿は消失し夜間頻尿も改善した。手術から 6 カ月経過する現在, 再発を認めない。鼠径ヘルニア手術の既往があり, 膀胱刺激症状や血膿尿を認める場合, 炎症性肉芽腫の可能性を考慮すべきと考えられた。

**水腎症をきたした膀胱平滑筋腫の 1 例:** 岡田能幸, 新垣隆一郎, 寺田直樹, 金子嘉志, 西村一男 (大阪赤十字) 症例は 54 歳, 女性。右腰痛にて他院受診し DIP, CT, MRI, 膀胱鏡にて, 右水腎症, および膀胱粘膜下腫瘍を同定された。経膣的生検にて診断がつかず, 経過観察されていたが, second opinion 目的にて当科受診。当科にて膀胱部分切除術施行した。右尿管に癒着があったが剥離可能で右尿管および右尿管口は温存できた。摘出標本は径 5×5×6 cm で, 広範に壊死組織を含む膀胱平滑筋腫と診断された。術後水腎症は改善している。膀胱平滑筋腫は比較的稀であり本邦 163 例目と考えられた。

**TUR-Bt で切除した膀胱原発平滑筋腫の 1 例:** 間山大輔, 井上 亘 (第二岡本総合), 中村 潤 (社保京都), 米田公彦 (京府医大) 50 歳, 女性。既往歴は胆石, 子宮筋腫。主訴は排尿障害。経膣超音波で膀胱内腫瘍を指摘され近医産婦人科より紹介。膀胱鏡で膀胱三角部左側に表面平滑で正常粘膜に覆われた鶏卵大の隆起性病変を認めた。DIP では上部尿路に異常なく, 膀胱部に直径約 4 cm の陰影欠損を認めた。CT では左尿管口近くの膀胱後壁に 4 cm 大の内部不均一に造影される腫瘍が認められ, MRI の T1 強調画像で内部均一な低信号, T2 強調画像で内部不均一な低信号を示した。以上より膀胱平滑筋腫を疑い, TUR 生検を施行した。HE 染色では, 紡錘形でエオジン好性の胞体と卵円形および紡錘型の核を有する比較的大きい腫瘍細胞が充実性に認められ, 免疫染色でも SMA 染色陽性であった。平滑筋腫の診断のもと TUR-Bt を施行した。現在, 術後 9 カ月, 再発は認めていない。

**小児膀胱平滑筋肉腫の 1 例:** 清水信貴, 松本成史, 植村天受 (近畿大), 森口直彦 (同小児科), 八木 誠 (同小児外科) 10 歳, 男児。2002 年 3 月腹部超音波検査で膀胱を圧迫する腫瘍を指摘され, 当院に紹介されて入院した。CT, MRI で膀胱の頭側に, 大きさ 5×4.5 cm の腫瘍が認められ, 2002 年 4 月 10 日に全身麻酔下で腹部正中切開のうえ, 膀胱温存腫瘍摘出術を施行したが, 腫瘍は大網と癒着し, 膀胱壁筋層内に浸潤していた。病理組織学的所見では, 膀胱平滑筋肉腫 (spindle cell type) と診断された。切除断端に腫瘍浸潤が見られたため, 術後補助療法として, Intergroup Rhabdomyosarcoma Study (IRS) -4 regimen に従い, VAC 療法 (vincristin, actinomycin D,



cyclophosphamide) と 30.6 Gy の腫瘍部局所照射を行った。2003年5月に化学療法を終了し、以後外来で経過観察しているが、寛解を維持している。

**診断に苦慮した膀胱炎症性偽腫瘍の1例：吉岡伸浩，小池浩之，今西正昭（富田林），宇多弘次（同病理）** 23歳，男性。主訴は無症候性肉眼的血尿。既往歴，理学所見，検査所見に特記すべき事はない。尿細胞診は class II。CT，MRI で膀胱右側壁に約3 cm の腫瘍病変を認め，壁外への浸潤も疑われた。膀胱鏡でも広基性で非乳頭状の隆起を認め，一部ブドウの房状であった。生検の結果，平滑筋または横紋筋肉腫が疑われたが特殊免疫染色で有意な所見がなく確定診断が出来なかった。組織の採取を目的に TUR を行ったところ，悪性度は低くビメンチンに染まる線維芽細胞の増生が認められたため，炎症性偽腫瘍と判断した。術後膀胱鏡，CT で瘢痕部の縮小傾向を認め6カ月目に行った再生検は瘢痕のみで悪性を疑わせる所見はない。膀胱に発生する炎症性偽腫瘍は本邦47例目。鑑別が困難であり膀胱で肉腫が疑われる場合は十分な組織の検討を行う必要がある。

**膀胱腫瘍精査中に発見された内腸骨動静脈奇形の1例：松原弘樹，岩田 健，宮下浩明（近江八幡市民），青木 茂（同放射線）** 64歳，男性。主訴は無症候性血尿。受診時膀胱鏡検査施行。右側壁に2 cm 大の広基性乳頭状腫瘍を認め，その後精査を行った。CT 上膀胱右側壁に造影効果のある腫瘍病変を認め，また，前立腺の右背側に早期相で強く造影される約4 cm の均一な腫瘍を認めた。まず膀胱腫瘍 T1N0M0 の診断の元，TUR-Bt 施行。病理組織は urothelial carcinoma + adenocarcinoma であった。次に血管造影を施行し，濃染されるま状の腫瘍ならびに著名な早期静脈還流を認め，動静脈奇形の診断となった。マイクロコイルならびに Gelform にて TAE を施行した。血流が豊富なものに対し1回で行うのは危険とされており，繰り返し TAE を行う方がより効果的で安全とされている。本症例でも必要に応じて TAE を繰り返す予定である。

**膀胱褐色細胞腫の1例：今西 治，寺川智章，常森寛行，田口功，山中 望（神鋼），伊藤江利子，近藤武史（同病理）** 41歳，男性。主訴は無症候性肉眼的血尿。膀胱鏡にて膀胱左側壁に粘膜下腫瘍を認め当科入院となった。膀胱鏡および MRI にて膀胱粘膜下腫瘍と診断し，経尿道的切除を行った。術中血圧の異常な上昇を認めた。病理組織所見より膀胱褐色細胞腫と診断された。後日膀胱部分切除を行った。膀胱褐色細胞腫は全膀胱腫瘍中の0.06%と非常に稀な疾患である。粘膜下腫瘍の形態をとり，表面に血管の拡張や潰瘍形成が認められた場合は，内分泌学的検索や MIBG シンチグラフィーを行えば容易に診断される。治療としては，経尿道的切除では腫瘍残存や循環動態のコントロール困難などの問題があるため，膀胱部分切除術が標準の治療とされている。膀胱粘膜下腫瘍を認めた場合本疾患も念頭に置き精査を進める必要がある。

**若年女性に発生した尿管管癌の1例：森 喬史，射場昭典，松村永秀，根本康夫，鈴木淳史，上門康成，新家俊明（和歌山医大）** 26歳，女性。2005年4月，無症候性肉眼的血尿を主訴に当科受診。膀胱鏡検査にて，膀胱頂部に約2 cm 大の非乳頭状腫瘍を認め，生検では grade 3 の腺癌であった。MRI では，膀胱頂部に内腔へ突出する1.7 cm 大の腫瘍を認めた。膀胱筋層の連続性は腫瘍によって途絶していた。尿管管癌との診断で，2005年5月，膀胱部分切除術および尿管管摘除術を行った。病理組織診断は Sheldon 分類 a の尿管管癌であった。本邦報告548例を集計し本症の臨床的特徴について検討を加えた。このうち予後の明らかな91例をみると，いずれの stage においても，根治性および QOL の観点から尿管管摘除と膀胱部分切除を組み合わせた術式を選択するのが適切であると考えられた。

**遺伝性非ポリポーシス大腸癌（HNPCC）に合併した膀胱腫瘍の2例：植田知博，宮川 康，辻畑正雄，野々村祝夫，奥山明彦（大阪大），斉藤 純（大阪府立医療セ），嘉元章人（市立豊中）** 症例1，67歳，男性。既往歴，盲腸癌（HNPCC）。家族歴，父親（大腸癌），妹（子宮癌）。主訴，左上部尿路異常。精査で左傍腎盂腎囊胞。MRI にて膀胱腫瘍を認め，TUR-BT，両側腎盂尿採取施行。UC G1>G2 pT a 両側腎盂尿細胞診陰性。症例2，59歳，女性。家族歴，母親（大腸癌），兄（大腸癌），長女（大腸癌）。主訴，便潜血陽性。膀胱癌初発後，計4回 TUR-BT 施行。検診にて便潜血陽性。精査し横行結

腸癌と診断。同時に膀胱腫瘍再発を確認。TUR-BT，右半結腸切除術施行。UC G2>G3 pT1b。家族歴より HNPCC と診断。HNPCC は異時性，同時性に大腸以外の悪性腫瘍を高率に合併するが膀胱腫瘍は稀である。

**前立腺癌放射線治療後に膀胱頸部に発生した浸潤性膀胱癌の1例：三浦徹也，山田裕二，熊野晶文，山中和樹，中野雄造，竹田 雅，田中一志，原 勲，藤澤正人（神戸大）** 67歳，男性。前立腺癌 stage C（初診時 PSA 246.5 ng/ml，Gleason 3+4=7）の診断のもと2004年3月より内分泌療法開始。2003年7月より放射線療法（70 Gy 原体照射）施行。その後内分泌療法にて外来経過観察していた。2005年3月肉眼的血尿が出現し膀胱鏡施行。膀胱頸部6～9時方向に非乳頭状広基性腫瘍を認め，TUR-BT 施行。病理結果は前立腺間質浸潤を伴った膀胱癌（UC，G3）であった。また，S状結腸癌も合併しており6月16日根治的膀胱尿道全摘除術，回腸導管造設術，S状結腸切除術施行。病理結果は尿路上皮癌 pT4（前立腺間質浸潤），N2 であった。浸潤様式から放射線誘発膀胱癌の可能性が示唆された。

**局所浸潤性膀胱癌に対する術前補助療法としての放射線療法併用化学療法（M-VAC）12例の検討：右梅貴信，東 治人，古武彌彌，上田陽彦，勝岡洋治（大阪医大）** 2001年4月から2005年4月までに当科を受診した局所浸潤性膀胱癌の12例に対し術前補助療法として放射線療法併用化学療法を施行した。男性9例，女性3例，年齢は54～73歳，組織型は全例 T.C.C.，異型度は G2 2例，G3 10例，深達度は T2 5例，T3 5例，T4 2例であった。これらの患者に対し放射線療法は約50 Gy を照射，化学療法を2クール施行した。効果判定は CT，MRI 後に TUR-Bt および経皮的膀胱全層生検を行った。12例中4例に残存腫瘍を認め膀胱全摘除術を施行，8例に残存腫瘍を認めず経過観察としている。局所浸潤性膀胱癌に対する術前補助療法としての放射線療法併用化学療法について若干の文献的考察を加えて報告する。

**膀胱拡大術後37年目と48年目に発症した膀胱腺癌の1例：吉田哲也，益田良賢（宇治徳州会），牛田 博（滋賀医大）** 66歳，女性。18歳時に尿路結核に対し左腎摘除術，回腸利用膀胱拡大術を施行。55歳時膀胱炎症状にて近医受診。CT，MRI にて膀胱腫瘍を指摘。腫瘍は吻合部付近腸粘膜側に存在。TURBt を施行。病理組織学的所見は adenocarcinoma of intestinal type pm と浸潤性を認めたため拡大膀胱部切除，上行結腸，回腸利用（Mainz 型）膀胱拡大術を施行した。その後再発所見なく経過していた。残尿を多く認め，右水腎症，腎機能低下を来したため自己導尿を開始。しばらく不参の後66歳時に精査にて吻合部付近に腫瘍性病変を認めたため TURBt を施行。明らかな浸潤性病変を認めなかったが，根治目的で拡大部膀胱を含む膀胱全摘術，右尿管皮膚瘻造設術を行った。病理組織学的所見は adenocarcinoma papillary well differentiated intestinal type depth m ly0 v0。術後3カ月再発なく経過している。

**膀胱全摘術後の両側上部尿路上皮内癌に対し経皮的 BCG 灌流療法を施行した1例：斉藤 純，加藤大悟，角田洋一，矢澤浩治，細見昌弘，佐川史郎，伊藤喜一郎（大阪府立医療セ），伏見博彰（同病理），田中雅登（日生）** 75歳，男性。2002年6月初旬より肉眼的血尿・膀胱刺激症状が出現し，6月21日当科受診。膀胱癌と診断し，7月11日に TUR-BT，8月13日に膀胱全摘・回腸導管造設術を施行した。術後26カ月目に回腸導管尿細胞診にて urothelial carcinoma を認めたため，腎瘻を留置し分腎尿細胞診を施行したところ，両側とも連続して urothelial carcinoma を認め，両側上部尿路上皮内癌と診断した。2004年11月24日より，経皮的 BCG 灌流療法を左右交互に計11回行ったところ，4カ月後に回腸導管尿細胞診は陰性化した。膀胱全摘術後37カ月目の現在，外来にて経過観察中であるが腫瘍の再発は認めていない。

**神戸市立西市民病院再建後5年間の泌尿器科入院・手術統計：安藤 慎，金 啓盛，松原重治，長久裕史，山中邦人，今西 治，中村一郎（西市民）** 神戸市立西市民病院は阪神淡路大震災後，2000年に神戸市街地西部の地域中核急性期病院として病院再建を果たし，泌尿器科も同時に診療を開始した。今回開設後の5年間（2000年5月1日～2005年3月31日）の泌尿器科入院手術統計を行った。男性1,267名，女性362名，合計1,629名が入院し，男性1,094件，女性232件，合計1,326件の手術を行った。60歳以上の患者が多く，入院で76％，手術



で83%を占めていた。臓器別には前立腺疾患入院手術患者が多く、疾患群別には悪性腫瘍関連と尿路感染症が多かった。悪性腫瘍手術では

膀胱癌手術が多く、尿路変向術は回腸導管が19例（53%）、新膀胱が13例（38%）であった。近年、体腔鏡手術の件数が増加傾向にある。